



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

- CENTRE DE LOISIRS
- ACCUEIL JEUNES
- ACCOMPAGNEMENT A LA SCOLARITE

QF : _____

NOM DU JEUNE : _____

PRENOM _____

DATE DE NAISSANCE ____ / ____ / 20____ **AGE** ____

GENRE : _____

1^{er} RESPONSABLE DU JEUNE :

NOM _____ **PRENOM** _____

DATE DE NAISSANCE ____ / ____ / ____

ADRESSE _____

Code postal _____ Ville _____

Si Quimpérois préciser votre quartier : _____

TEL : Domicile _____ Portable _____ Travail _____

EMAIL : _____

2^e RESPONSABLE DU JEUNE :

NOM _____ **PRENOM** _____

DATE DE NAISSANCE ____ / ____ / ____

ADRESSE _____

Code postal _____ Ville _____

Si Quimpérois préciser votre quartier : _____

TEL : Domicile _____ Portable _____ Travail _____

EMAIL : _____

Autre personne à prévenir en cas d'urgence (Nom/téléphone) : _____

QUOTIENT FAMILIAL : _____ € **Joindre l'attestation CAF ou MSA...**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE :

Le jeune suit-il un traitement médical : oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Allergies : Asthme : oui non Médicamenteuses oui non
Autres : oui non Alimentaires oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : (si automédication signaler)

Indiquer ci-après, les difficultés de santé (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre)

Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Préciser)

N° Sécurité Sociale (Joindre une copie de votre carte vitale) : _____

Mutuelle (Joindre une copie de votre carte de mutuelle) : _____

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) _____

Vaccins obligatoires : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite ou DT Polio ou Tétracoq (Joindre une copie du carnet de santé ou une attestation du médecin)

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole : oui non

varicelle : oui non

Scarlatine : oui non

Coqueluche : oui non

Otite : oui non

Rougeole : oui non

Angine : oui non

Oreillons : oui non

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur du Centre des Abeilles à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du Centre à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation. Je m'engage également à rembourser les frais médicaux et/ou d'hospitalisation qui seraient avancés par la structure.

Date :

Signature :

FACTURATION : vous recevrez un mail de GOASSO (logiciel d'adhésion du Centre des Abeilles) en fin de mois et après chaque vacances scolaires.

ATTENTION : surveillez vos spams.

LE PAIEMENT peut se faire via le site GOASSO ou à l'accueil par CB, chèque, espèces et chèques vacances ANCV.